

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

富山市医師会健康管理センター 様

私は、貴センターが保有する下記の個人情報を開示して
いただきたく、請求いたします。

開示を受け ようとする 受診者	フリガナ	(姓)	(名)
	受診者氏名		
	住所		
	生年月日		
開示を希望 する記録類 (該当する ものを○で 囲む)	種類	受診日・内容など	
	1 健診結果	1.2.9については個人情報開示範囲を必ず ご記入下さい。	
	2 問診情報		
	3 胸部X線写真		
	4 胃部X線写真		
	5 胸部スパイラルCT写真		
	6 マンモグラフィ写真		
	7 腹部超音波写真		
	8 心電図記録		
9 その他			

開示請求者 氏 名 _____ 印 _____
受診者との関係 _____
住 所 _____
電話番号 _____

(本人同意書)

私は、上記の通り、(請求者) _____ に対して、貴センターが
保有する私の個人情報などが開示されることに同意いたします。

受診者本人 (自署) _____ 印 _____

※必ず写しを保管下さるようお願いいたします。

富山市医師会健康管理センター処理欄

受付者	所属長	管理責任者	受診日 (NO)	貸出 NO	開示日	本人確認	確認者
						免・保・他 ()	